FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 — THÈSE N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Ambroise MORET

Né à Glageon (Nord) le 23 juin 1901)

CONSIDÉRATIONS PSYCHO-SOCIALES

SUR

LA PRATIQUE MÉDICALE

ET LE ROLE DU MÉDECIN

Président du Jury : M. BALTHAZARD, *professeur*

PARIS

TASSEL, ÉDITEUR

44, RUE MONGE

1926

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA. . .	Histologie.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
BUSQUET. . .	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentale
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE .	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE . .	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU· · .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT.	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils.	Physiologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.	LŒPER . . .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.	RATHERY . .	Clinique médicale.
		SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédiqu chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.	Stomatologie.
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émise ans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres urs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A CELLE

QUI A COMPRIS LA BEAUTÉ MAIS LA DIFFICULTÉ DU RÔLE DE FEMME DE MÉDECIN

A MON PÈRE

QUI FUT MON PREMIER MAÎTRE EN MÉDECINE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A TOUS CEUX

DONT L'AIDE M'A PERMIS DE DEVENIR CE QUE DE TOUT TEMPS J'AI DÉSIRÉ ÊTRE : UN MÉDECIN

INTRODUCTION

Le titre et l'objet de ces pages pourront *a priori* paraître intempestifs sur une thèse de doctorat en médecine. Je sais qu'on pourra me dire : « Mais, pour parler du rôle du médecin praticien, il faudrait avoir qualité pour le faire. Il faudrait avoir déjà vécu cette vie sur laquelle vous voulez faire des réflexions. » Cette objection qu'on pourrait me faire je me la suis faite, et, je dois le dire, elle m'a arrêté un moment. Mais, après réflexion, j'ai jugé qu'elle ne devait pas empêcher mon projet, et voici pourquoi : D'abord ce qui va suivre n'a d'autre prétention que d'exprimer sincèrement ce que m'ont suggéré les choses vues depuis mon enfance (passée dans une famille médicale) jusqu'à la fin de mes études de médecine, et les diverses lectures que j'ai faites sur la pratique médicale et en particulier le livre de M. le Dr P. Le Gendre. Et puis cette thèse ne serait-elle lue que de moi qu'elle n'aurait pas été inutile : car elle m'aura forçé à réfléchir sur l'exercice de la médecine, la beauté de notre art, l'utilité de notre science et la grandeur du rôle du médecin.

CONSIDÉRATIONS PSYCHO-SOCIALES

SUR

LA PRATIQUE MÉDICALE

ET LE ROLE DU MÉDECIN

Pour que cette thèse puisse être utile à d'autres qu'à moi, il faudrait qu'elle fût lue par ceux qui commencent leurs études de médecine. Ce sont ceux-là qui, prévenus des difficultés que leur réserve l'exercice de la médecine, pourraient réfléchir dès le début à ce métier de praticien que l'on n'enseigne pas à la Faculté mais vers lequel ils pourraient s'orienter par leurs propres moyens ou sous la direction d'un père médecin. Il y a, en effet, une grande différence entre la médecine d'hôpital et la médecine dite « de ville », et la différence s'accuse encore si on envisage la médecine à la campagne ou dans une petite ville de province. Combien de jeunes médecins, fraîchement nantis de leur diplôme et, sans prise de contact préalable, lâchés au milieu de la clientèle, ont été désemparés par les premiers chocs qui ne manquent jamais de se produire. Et combien ont été à tout jamais dégoûtés de cette profession qui est pourtant si belle lorsqu'on la comprend et lorsqu'on l'a choisie en toute connaissance de cause. Il y en a d'autres qui n'ont jamais osé se lancer dans la clientèle parce qu'ils ne se sentaient pas suffisamment armés pour cela. Et pourquoi?

Parce que, en leur donnant leur diplôme, on ne leur avait pas toujours donné les moyens de s'en servir. Et il ne faut pas croire que ce sont les ignorants, les paresseux, ceux qui n'ont jamais suivi l'hôpital, qui craignent le plus l'exercice de la profession médicale. Au contraire, ce sont les scrupuleux, ceux qui, ayant beaucoup appris, savent cependant qu'ils ignorent encore beaucoup; ceux qui, ayant fréquenté assidûment l'hôpital ont compris qu'ils ne pouvaient faire en ville ce qu'ils y avaient vu faire à leurs maîtres. Mais que faire C'est alors qu'ils seraient heureux d'avoir un aîné pour guider leurs premiers pas et les réconforter s'ils se découragent. Et c'est à ce moment que ceux qui ont un père praticien comprendront leur bonheur et verront la supériorité que cela leur donne. En effet ceux qui, depuis leur enfance ont vécu dans l'atmosphère médicale et ont pu de ce fait, s'ils ont des dispositions, acquérir l'esprit de la profession et comprend bien des choses fermées aux profanes, pourront en outre débuter aux côtés de leur père et se familiariser peu à peu avec la pratique médicale. De cette façon le trop brusque changement est supprimé et les premiers chocs sont considérablement amortis. C'est pourquoi je me suis parfois demandé s'il ne serait pas désirable de faire faire aux étudiants en médecine, à la fin de leurs études, un stage chez un praticien. Je sais bien qu'il y aurait des objections à faire à ce système. On pourrait dire, entre autre choses, qu'à travailler ainsi avec un médecin qui exerce depuis parfois longtemps et qui ne s'est pas toujours tenu

au courant des progrès de la médecine, le jeune médecin risquerait de prendre des habitudes surannées et de conserver des méthodes thérapeutiques usées et inefficaces. Je ne crois pas que ce soit là un gros danger. Il me semble au contraire que je jeune, plus enthousiaste (et même quelquefois trop) apporterait à son collègue plus âgé le désir d'appliquer les méthodes nouvelles de diagnostic et de thérapeutique. D'autre part le jeune verrait qu'une thérapeutique un peu ancienne, des médicaments abandonnés aujourd'hui avaient des avantages et parfois une action certaine. Et puis il apprendra, ce qui est capital, à connaître la psychologie des malades, les précautions qu'il faut prendre avec eux pour ne pas les effaroucher. Il verra comment il faut d'abord gagner la confiance, et la difficulté qu'il y a souvent à faire accepter le traitement utile. Tout cela, on ne l'apprend pas à l'hôpital où les régimes sont forçés, où les médicaments sont distribués, où les soins sont donnés régulièrement. En ville, au contraire, les malades ne font pas toujours exécuter les ordonnances qu'on leur délivre, et souvent ne suivent pas les régimes prescrits. De plus, si on veut appliquer un traitement énergique mais désagréable ou qui, même s'il est parfaitement adapté, peut paraître bizarre, il faut d'abord avoir gagné la confiance du malade. Or ce n'est pas toujours si aisé, et c'est là que se montre l'utilité de la psychologie, car les mêmes moyens ne réussissent pas avec tous. Point n'est besoin de faire de la fine psychologie et de couper les cheveux en quatre à la manière de Mar-

cel Proust, mais il faut savoir mettre en pratique sa connaissance de l'esprit humain, s'adapter aux divers genres, les comprendre et souvent louvoyer pour se faire obéir. Il y a d'ailleurs une espèce d'intuition qui guide et prévient lorsque le résultat est obtenu. C'est une chose qu'on sent plutôt qu'on ne la comprend ni ne l'explique, si on a ou non un malade « en main » ; et c'est une grande satisfaction lorsqu'on a conquis la confiance et qu'on peut alors appliquer, sans crainte d'être critiqué et avec la certitude d'être obéi, le traitement approprié.

L'avantage serait encore plus grand, de débuter ainsi aux côtés d'un aîné si on devait par la suite lui succéder auprès de la même clientèle. On aurait en effet appris à connaître les malades, leurs familles, leur ascendance et leur descendance, les relations de divers clients entre eux ; et on deviendrait de cette façon très rapidement, presque au début de sa carrière, le « médecin de famille ». Puisque je parle de cela je ne puis m'empêcher de regretter que cette formule (et avec elle ce qu'elle représentait) ait tendance à disparaître. C'est vraiment dommage, car le médecin de famille était à mon avis une bonne conception. Sans se représenter encore le vieux médecin aux cheveux blancs, à la fois digne et bonhomme, vêtu d'une redingote ou d'une jaquette et coiffé d'un « haut de forme », on peut tout de même regretter le temps où le médecin était à la fois l'ami et le conseiller des familles, où il suivait les enfants depuis la naissance et parfois encore les petits-enfants. Heureusement, en province, surtout

dans les petites villes et les campagnes, le médecin est, comme autrefois, souvent regardé en ami, et, s'il a su gagner la confiance, il y a bien des circonstances où on lui demandera son avis avant de prendre une décision. Je dirai d'ailleurs sans fausse modestie professionnelle que, bien souvent, l'avis du médecin aura son importance : qu'il s'agisse de la nourriture, des vêtements, du genre de vie, de la profession, des vacances (à la campagne, à la mer ou à la montagne), du logement. Même en matière de construction d'habitation (orientation, fosses d'aisance, puits, etc.) l'hygiéniste qu'est (ou que devrait être) tout médecin a son mot à dire. Dans les questions de mariage il pourrait avoir à intervenir, mais c'est là un point délicat et j'aurai l'occasion d'y revenir. Ce n'est pas uniquement au point de vue du médecin que je me place pour dire que le médecin de famille avait du bon, mais aussi au point de vue des malades. Il me semble en effet évident que ceux-ci ont tout intérêt à consulter un médecin qui les connaît bien pour les avoir vus déjà, plutôt qu'un autre, peut-être plus renommé, plus habile mais qui ne pourra leur consacrer en général que de courts moments et ne connaîtra d'eux que ce qu'ils voudront bien lui dire. Il est regrettable à mon sens que, de plus en plus, les malades prennent l'habitude de consulter successivement deux, trois médecins ou plus (généralement à l'insu les uns des autres), de confronter diagnostics et traitements, ce qui bien souvent les amène à n'en suivre aucun. Je ne voudrais cependant pas qu'on puisse croire que les médecins ont peur de voir leurs

diagnostics et leurs traitements critiqués par des confrères. Mais il est tout naturel qu'ayant indiqué un traitement et ayant même commencé à l'appliquer, on désire le poursuivre jusqu'à ce qu'il ait pu donner tous les résultats espérés; et il est normal qu'un praticien éprouve une certaine rancœur lorsqu'un autre praticien, ou un spécialiste ou un consultant recueille tous les fruits d'une guérison à laquelle lui-même avait pourtant puissamment contribué. Puisque je suis sur ce chapitre, je dirai un mot d'une question qui me tient à cœur : l'habitude qui se répand aussi de consulter directement les spécialistes. Je ne veux pas médire de la spécialisation en médecine (encore qu'il faille craindre ces spécialistes qui ne le sont que de nom). Au contraire, j'estime qu'elle y est fort utile, mais il me paraît désirable que les malades soient acheminés vers les divers spécialistes par les médecins généraux, après un examen complet et avec un résumé d'observation qui oriente l'examen. Il est naturel que le spécialiste finisse par être intoxiqué par sa spécialité, surtout s'il n'a pas l'esprit critique très développé et une culture générale suffisante.

C'est pourquoi il serait très profitable qu'il y eût collaboration étroite entre le spécialiste et le médecin général, non seulement pour le diagnostic mais aussi pour le traitement à donner, afin que la thérapeutique soit appropriée à la lésion locale sans être contre-indiquée par l'état général.

Dans ses rapports avec les familles le médecin

aura souvent à s'occuper de questions extrêmement importantes et délicates. C'est pour résoudre les problèmes qui se poseront alors qu'il aura plus que jamais besoin de toute sa clairvoyance et de psychologie réfléchie et aussi de bon sens. Une des maladies qui mettra le plus à l'épreuve ces qualités du médecin est certainement la syphilis. Cette maladie, bien que plus rare sans doute en province qu'à Paris, n'en existe pas moins, et, là comme ailleurs, elle apporte avec elle, outre les dévastations physiques dont je ne parlerai pas, des perturbations morales et sociales d'une portée souvent immense. Je ne puis envisager ici tous les problèmes que la syphilis peut poser à un médecin : mariage d'un client syphilitique, contamination conjugale ou extra-conjugale, syphilis héréditaire, traitement de la syphilis en clientèle sans éveiller l'attention de la population et quelquefois même sans pouvoir le dire au malade qu'on traite (par exemple chez une femme contaminée par son mari qui demande le secret). Les problèmes seront multiples et il n'est guère possible de donner une solution unique à chacun d'eux car les circonstances ne se présenteront jamais les mêmes. Mais en tout cas il est un chose qu'on ne saurait trop recommander : c'est la prudence. Le médecin ne doit jamais se départir de la plus grande réserve et il ne doit pas oublier que, quelles que soient ses opinions personnelles, ses relations et ses affections, le secret professionnel est, non seulement une obligation légale mais encore un devoir envers sa clientèle. Il est cependant un point sur lequel je

voudrais insister un peu : c'est la difficulté pour le médecin praticien de traiter la syphilis comme on lui a appris à le faire au cours de ses études à la Faculté et dans les hôpitaux. Il y a loin en effet de la théorie à la pratique, et même de la pratique hospitalière à la pratique urbaine. Nous tous, jeunes docteurs, nous sortons imbus de la nécessité en thérapeutique anti-syphilitique de frapper fort et vite. Mais, lorsque, dans notre clientèle, nous serons en présence d'une syphilis récente, manifeste et active, c'est-à-dire présentant toutes les conditions pour être bien et vite traitée, nous n'aurons pas toujours l'occasion d'appliquer les principes que nous avons appris et retenus. Je dirai même plus; si l'esprit du public ne change pas à ce sujet, ce n'est que très rarement que nous pourrons faire le traitement désirable et rationnel. Il y a à cela plusieurs raisons. Un bon traitement anti-syphilitique doit durer en moyenne trois ans, sans préjuger de la surveillance ultérieure, et devra s'appuyer sur des réactions sérologiques répétées) et des examens spéciaux (ponction lombaire). Or tout cela prend du temps et de l'argent, et on comprend que beaucoup de malades ne puissent pas s'offrir (ce qui leur paraît un luxe) les frais d'un traitement prolongé, intensif et régulier.

J'ai dit plus haut que cela leur paraissait un luxe et, à la rigueur, on le comprend si on réfléchit que la syphilis, après ses accidents du début visibles et sensibles, peut, avec, ou même quelquefois sans, traitement très régulier, ne donner pendant très longtemps aucun symptôme dont puisse s'apercevoir un

malade qui ne s'observe pas beaucoup. Il est bien difficile dans ces conditions, surtout avec des gens qui vivent au jour le jour, d'obtenir que, pour éviter des accidents, graves parfois mais souvent très éloignés et peut-être même incertains, le malade se soumette à un traitement long, astreignant et coûteux. Comment pourrait-on en vouloir aux praticiens, mis en face de toutes ces difficultés, de ne mettre en œuvre contre la syphilis qu'une thérapeutique peu active peut-être, désuète, mais qui au moins a des chances d'être suivie alors qu'une autre plus efficace ne le serait pas?

Bien d'autres maladies donneront au médecin l'occasion de montrer, en plus de sa science, le tact médical (dont parle Jean Félix dans son « Scepticisme en Médecine ») et les autres qualités, plus morales que scientifiques, qui feront de lui un bon praticien. Je ne parlerai que des plus importantes, c'est-à-dire après la syphilis, la tuberculose et les néoplasmes. En effet ces deux fléaux sont de ceux qui frappent non seulement la santé physique mais au moins autant la santé morale. Or c'est un élément très important chez les malades que l'état du moral et je répéterai ici ce que j'ai si souvent entendu dire à mon père. « Dans une maladie surtout si elle est de longue durée le moral a peut-être plus d'importance que la maladie elle-même; et tant que le moral est bon on peut considérer qu'il n'y a rien de perdu. » Or dans ces maladies chroniques que sont la tuberculose et le néoplasme, il est indéniable que le médecin aura une très grande influence sur l'établisse-

ment et la conservation d'un bon moral. Mais il faut dire aussi que ce rôle est difficile, délicat, qu'il faudra bien connaître ses malades, s'adapter à leur mentalité pour ne pas risquer d'aller à l'encontre du but recherché. Il est évident qu'il ne faut pas agir avec tous de la même façon : certains ont besoin de la vérité pour les décider à faire le nécessaire; d'autres, au contraire, même s'ils la pressentent, ne veulent pas savoir la vérité. Il y a des cas par exemple où dire à un malade qu'il a un cancer est donner un coup de fouet à la maladie. Certains suivront aveuglément les conseils du médecin et l'aideront, sans se décourager, de toute leur bonne volonté; d'autres, sans aucun ressort, auront perpétuellement besoin d'être remontés. Avec certains il faut de la douceur, avec d'autres une fermeté parfois brutale. De plus il faudra que le médecin compte, non seulement avec le malade, mais avec son entourage, et il faut bien se dire que, malheureusement, les intérêts de l'un et de l'autre ne sont pas toujours les mêmes et que l'on risque parfois de servir de tampon. La méfiance est toujours de mise pour le médecin et, plus que tout autre, il doit chercher les mobiles qui font parler et agir les gens et tâcher de ne pas être l'instrument ignorant au service de combinaisons louches.

En dehors de ces considérations qui n'ont qu'un rapport, important c'est vrai, mais indirect, avec la médecine, la tuberculose et les néoplasmes poseront au praticien des problèmes plus visiblement médicaux. En présence d'un tuberculeux, en effet, nous aurons à envisager le traitement : à domi-

cile ou dans un sanatorium ; la contagion, la mise au repos, la désinfection, etc. Je sais bien que le médecin est maintenant aidé dans sa lutte contre la tuberculose par des organisations publiques ou privées : les dispensaires, les visiteuses d'hygiène, etc. Mais, précisément il faut que ces organisations secondent le médecin et ne le contrecarrent point, ce qui, malheureusement, arrive encore assez souvent. Il ne faut pas que des dames plus ou moins bien instruites des choses de la médecine, ayant plus ou moins bien assimilé les enseignements peut-être trop théoriques qu'on leur a donnés ou même qu'elles ont puisés dans les livres, il ne faut pas, dis-je, qu'elles s'arrogent le droit d'intervenir sans, ou même contre l'avis du médecin chez un client de celui-ci. On doit se dire, si un médecin consciencieux n'envoie pas toujours ses tuberculeux au début ou même confirmés dans les établissements spéciaux (préventorium, sanatorium), qu'il a ses raisons. Le praticien connaît ses clients, leur moral, leur famille, leur entourage, et il doit tenir compte de tous ces éléments dans l'établissement du diagnostic à dire au malade et du traitement à lui donner. Faire un diagnostic complet et exact équivaut trop souvent, pour certains, à une condamnation en forme ; il faut souvent savoir rester assez vague, au risque même de paraître parfois un peu ignorant, afin de donner un peu de tranquillité à un patient. Faire des examens radiologiques des analyses de crachats répétés, c'est très bien, et c'est de bonne médecine, mais il faut craindre que ce ne soit parfois dangereux ; cela permet au malade

de suivre d'une façon précise l'évolution de sa maladie, qu'elle se fasse vers le bien ou vers le mal. Or, les malades, qui n'ont bien souvent sur la tuberculose que des idées assez vagues acquises dans les journaux ou les conversations, ont tendance à interpréter sans le scepticisme critique nécessaire les résultats des divers examens. Tout cela, le médecin le sait ou devrait le savoir, mais il est nécessaire que le personnel des dispensaires, les visiteuses d'hygiène, et toutes les personnes appelées à être en contact avec les malades soient instruites de ces choses et soient bien convaincues de l'immense utilité de la « psychologie du malade ». Je ne voudrais pas que ce qui précède puisse faire croire que je suis un adversaire de ces organes de lutte. Au contraire, j'estime que leur rôle est très important mais il est essentiel qu'ils agissent en collaboration étroite avec le corps médical, que chacun reste dans ses attributions, et que, d'autre part, il ne rentre dans ces questions que des considérations sociales et scientifiques et aucune d'ordre politique ou religieux.

Pour les néoplasies, on reproche souvent aux praticiens de ne pas appliquer assez les méthodes de traitement modernes (radio et radium-thérapie, chirurgie) et de trop user des traitements médicaux. Mais il y a des raisons : d'abord, quand on lit les diverses publications médicales on voit que des méthodes portées aux nues par les uns sont décriées par d'autres, ou on apprend que telle méthode thérapeutique donne d'excellents résultats, mais à condition d'être appliquée par des spécialistes très expérimentés, comme

il n'en existe guère; et puis le médecin qui soigne les malades après l'intervention n'est pas toujours aussi satisfait que le chirurgien des résultats de l'opération : c'est lui, en effet, qui entend les doléances s'il y a récidive ou si l'amélioration prévue ne se produit pas. D'ailleurs les bons chirurgiens ou les radiothérapeutes sérieux et bien outillés sont souvent loin : leurs visites sont onéreuses et leurs interventions encore plus, et les malades ne sont pas toujours riches. D'autre part il y en a d'autres qui ne veulent d'opération à aucun prix. Il y en a d'autres qui ne peuvent pas supporter le diagnostic qui légitimerait une intervention. Et puis le médecin ne peut affirmer que la guérison s'ensuivra, et si l'issue est mauvaise, qui accusera-t-on bien souvent sinon le médecin traitant? De plus il faut tenir compte de ce fait que trop souvent, en province, les malades viennent consulter alors qu'il est déjà trop tard : il y a alors une question de bon sens et de propreté morale à ne pas conseiller une intervention à peu près sûrement inutile à des gens qui ne pourraient qu'à grand peine en supporter les frais, ou qui ont un état général si mauvais et des fonctions organiques telles qu'une opération équivaudrait à une mise en bière. Les à-côtés du problème sont multiples et, avant de jeter la pierre au médecin praticien, comme on le fait parfois en disant que sa thérapeutique manque d'audace, il faut considérer la difficulté de sa tâche et l'importance de sa responsabilité.

C'est surtout à propos du cancer, maladie chronique, incurable (à partir d'un certain stade tout

au moins), et douloureuse, que l'on a parfois parlé du droit, que devrait avoir le médecin, de tuer certains malades. C'est une question qu'on entend souvent agiter en société mais sur laquelle, en général, les médecins n'osent guère se prononcer. En effet, ils sont plus à même que n'importe qui d'apprécier toutes les difficultés que présente ce problème et toutes les faces suivant lesquelles on peut l'envisager. Quels sont les malades que l'on condamnerait, et à partir de quel moment déclarerait-on une maladie incurable ? La médecine n'est pas une science si exacte qu'on puisse décider de cela sans risquer de se tromper, même en se réunissant à deux ou à trois. D'autre part il faudrait accorder aux médecins des prérogatives immenses, surhumaines, et le médecin est un homme, donc imparfait et faillible. Je n'oserais conclure, mais lorsqu'un malade est irrémédiablement perdu, qu'il souffre, qu'il est à charge à lui-même et à tous, quand il supplie qu'on mette fin à ces souffrances, il me semble que dans ce cas on devrait pouvoir accéder aux désirs du malheureux, en se souvenant toujours cependant de la fable *La Mort et le Bûcheron*. En tout cas il est une chose que le médecin ne peut, à mon avis, refuser : diminuer la douleur autant qu'il est en son pouvoir. A moins d'avoir affaire à un patient convaincu que la douleur est une rédemption et qui offre ses souffrances à son Dieu, il est du devoir du médecin d'adoucir, autant que faire se peut, les derniers moments. C'est ici qu'interviendront les stupéfiants et en premier lieu l'opium dont Sydenham a pu dire

que sans lui la médecine serait manchote et bancale. Cependant là encore le praticien devra tenir compte de tous les éléments : convictions morales et religieuses du malade et de son entourage, intérêts plus ou moins apparents qui peuvent être en jeu, profits que pourraient trouver certains à l'anéantissement médicamenteux d'une volonté lucide. Là, comme ailleurs, le médecin doit toujours être très prudent.

Il est une autre catégorie d'êtres à propos desquels on n'a jamais ou presque jamais, parlé du droit qu'on pourrait avoir de les supprimer : ce sont tous les enfants dégénérés, crétins, idiots. Pour ceux-là, il n'y a pas de doute, ils sont, non seulement incurables, mais encore inéducables. Ils ne seront jamais d'aucune utilité à la société; au contraire, toute leur vie ils seront à la charge de leur famille ou de la collectivité qui entretient pour eux des établissements et un personnel spéciaux. Quelque sacrifice que consentent leurs parents, ils ne pourront jamais faire que ces êtres qui n'ont d'humain que le nom, leur donnent aucune satisfaction d'ordre sentimental, moral ou matériel. Quels que soient les efforts des personnes qui s'occupent de leur éducation, on n'arrive pas à les élever au-dessus du niveau d'un simple animal, et on ne peut éviter qu'ils végètent toute leur vie dans les asiles. Alors ! à quoi bon ? Mais je sors du sujet, et quoi qu'on puisse décider un jour, il ne pourrait entrer dans les attributions du praticien de supprimer qui que ce soit. Mais cette question après bien d'autres me montre que le devoir est souvent bien difficile à connaître, que le

devoir professionnel peut se trouver très différent de la logique et que sentiment et bon sens ne vont pas toujours de compagnie.

Certains aspects du rôle du praticien envisagés jusqu'ici montrent les rapports du médecin avec la société et la place qu'il y occupe. Cependant il a surtout été question des rapports du médecin avec l'individu et la famille. Elargissant le sujet, je voudrais envisager maintenant quelques aspects du rôle du médecin dans la collectivité. Les maladies dont je viens de parler ont une grande importance sociale, et le médecin devra les envisager non seulement au point de vue de l'individu mais encore au point de vue de la Société. Donc, dans sa lutte quotidienne contre ces maladies, et dans bien d'autres circonstances, il entrera en rapport très souvent avec les pouvoirs publics. Par la déclaration des maladies contagieuses le médecin est l'instrument primordial de la prophylaxie. En sera-t-il de même un jour pour la tuberculose ? On a déjà beaucoup discuté sur l'opportunité de la déclaration obligatoire de la tuberculose. Est-ce que cela constituerait une arme efficace dans la lutte entreprise ? Je n'oserais trop l'affirmer et, à moins de sanctionner cette déclaration par des mesures coercitives d'isolement, de désinfection qui répugnent parfois beaucoup à la clientèle, la loi risquerait fort de rester inopérante. Il y a d'ailleurs, semble-t-il, d'autres moyens, qui, s'ils sont moins rapides et peut-être moins efficaces, sont aussi moins brutaux, de

lutter contre le péril tuberculeux : c'est l'enseignement progressif de l'hygiène individuelle et collective, la suppression des taudis et l'amélioration des conditions de vie de chacun. Il est hors de doute que l'habitation dans des locaux insalubres est une des grandes causes de l'extension de la tuberculose et de sa gravité. C'est aussi, à mon sens, une des causes d'un autre fléau, lui-même facteur de tuberculisation : l'alcoolisme. Or le médecin, dans ces questions, aura son mot à dire. Mieux renseigné que quiconque sur les conditions hygiéniques défectueuses où vivent ses malades, il pourrait signaler ces faits aux pouvoirs publics; s'il a quelque autorité dans l'administration locale, ce qui est assez fréquent en province il pourrait indiquer les remèdes susceptibles d'être apportés. Il est en effet assez courant de voir, dans les petites villes, un médecin maire ou conseiller municipal, et il est probable que, s'il est consciencieux et habile, il pourra avoir une certaine influence, tout au moins dans les questions qui sont manifestement de sa compétence. Oh ! je ne me fais pas d'illusion et je sais bien que, là comme ailleurs, il ne fera pas tout ce qu'il voudra; que même si on approuve ses idées, la réalisation n'en sera pas pour cela acquise. Mais enfin, dans les familles comme au sein des assemblées municipales ou régionales, le médecin devra s'efforcer d'inculquer les principales notions d'hygiène et, lorsque cela sera possible, d'obtenir la mise en pratique de ses conseils. Les occasions sont multiples pour le médecin de donner des avis plus autorisés souvent que d'autres

qui pourtant sont parfois suivis à l'exclusion des siens. Au risque de se faire taxer d'intrusion dans des affaires qui ne le regardent pas, le médecin doit s'occuper de tout. Rien ne doit lui être étranger de ce qui est humain, et je ne puis mieux faire à ce propos que de rapporter ce qu'écrit le Dr S. Courgey dans *Milieux de misères* : « Le médecin ne doit pas rester seulement et professionnellement médecin, il lui faut se mêler à la vie publique, à la vie commune; il lui faut participer à l'organisation de toutes les œuvres qui veulent améliorer l'état social, la race, et par conséquent notre pays. Son rôle qu'on lui saurait mauvais gré de ne pas remplir, est tout tracé, et il ne saurait éviter les charges morales qui lui incombent. Sa situation de médecin est tellement privilégiée par les rapports directs et intimes qu'il a avec toutes les classes sociales; il est chaque jour à une telle école d'humanité, connaissant les besoins, les désirs de tous, les faiblesses physiques et morales de chacun; il reçoit tant de confidences, appelé à soigner aussi bien les plaies de l'âme que celles du corps, qu'il ne saurait se soustraire au rôle d'éducateur, de philanthrope, de moralisateur, de sociologue qui lui appartient plus qu'à tout autre. » En effet le médecin, lorsqu'il aura soigné ses malades, lorsqu'il aura fait son possible pour remettre dans leur état normal le corps et l'esprit de chacun, n'aura pas terminé son rôle : il devra s'occuper de la collectivité, des moyens d'améliorer l'état sanitaire de celle-ci. Il peut paraître paradoxal que le médecin cherche en somme à diminuer le nombre

de ses clients. Au fond le but du médecin n'est pas tout à fait aussi contraire aux habitudes humaines. Nous nous efforçons de diminuer le nombre des malades et la gravité des maladies, mais notre ambition est d'arriver à faire de la médecine préventive, à maintenir les gens en bonne santé et, pour cela, nous voulons les voir quand ils ne sont pas encore malades. Mais c'est là une conception de la médecine qui n'est pas encore très répandue dans le public, et ils sont rares ceux qui consultent avant d'être arrivés à la maladie. En dehors de la question des locaux insalubres dans laquelle nous avons vu que le médecin trouvait à s'employer il y aura d'autres problèmes de la vie communale pour lesquelles il pourra intervenir auprès des pouvoirs publics : Approvisionnement de la communauté en eau potable et en denrées alimentaires; les égouts ; la désinfection; les œuvres de protection des femmes enceintes et des enfants; la lutte contre les maladies sociales et les maladies contagieuses; l'assistance médicale aux indigents et aux vieillards; l'hygiène à l'école, etc. Je ne puis m'étendre sur toutes ces questions qui sont envisagées dans les traités d'hygiène, mais il faut toujours que le médecin ait le souci de faire respecter les lois de l'hygiène. Sûr de l'importance de son rôle, il doit veiller à ce que les préceptes primordiaux de la science médicale ne soient pas lettre morte. J'ai nommé plus haut l'assistance médicale gratuite : je ne veux pas médire de cette institution qui a permis de se faire soigner à des gens qui, sans cela, n'auraient pas pu le faire; mais il serait

désirable, puisqu'on a consenti des sacrifices, qu'on ne fasse pas les choses à moitié; il faudrait laisser plus de latitude dans la prescription des médicaments, faciliter l'appel du médecin à domicile pour les assistés impotents, et s'efforcer à la plus grande impartialité et à la plus grande justice dans l'établissement des listes d'assistés. Autre chose : il faut veiller à ce que la surveillance médicale des écoles soit effective. D'autre part je me demande, si pour lutter contre l'extension des maladies vénériennes, il n'y aurait pas lieu d'instituer dans les écoles, pour les enfants pubères ou approchant de la puberté, quelques leçons sur l'éducation sexuelle. On a souvent discuté l'opportunité de cette éducation, mais je ne crois pas me tromper en disant que, de plus en plus, les partisans du silence sur cette question devant les enfants, perdent du terrain. Cependant, si beaucoup reconnaissent l'utilité qu'il y aurait à instruire les enfants des faits physiologiques concernant les organes et les fonctions de reproduction, ainsi que de l'hygiène de ces organes et fonctions, il reste à savoir quand et comment cette éducation doit être faite. Bien souvent les parents la commencent et il faut, je crois, se féliciter de ce que l'habitude se propage de donner aux jeunes gens et aux jeunes filles quelques notions précises sur leur vie sexuelle, plutôt que de les laisser dans une ignorance absolue, ou de les laisser acquérir au hasard de leurs camaraderies ou de leurs lectures des idées plus ou moins exactes. Certes je suis d'avis que les parents sont tout indiqués pour choisir le moment

et la façon de donner ou de préciser les connaissances de cet ordre indispensables aux enfants. Mais je ne crois pas que cela soit suffisant et il me semble que, là aussi, le médecin pourrait intervenir avec profit. Il pourrait enseigner aux enfants, pris individuellement (ce qui serait mieux, mais presque irréalisable) ou ensemble, les notions de physiologie et d'hygiène sexuelles susceptibles de leur faire comprendre la nécessité de ne pas gaspiller prématurément leur jeunesse, et de ne pas risquer leur santé dans des étreintes hasardeuses. Ainsi peut-être il les aiderait à échapper aux dangers qui les guettent. En somme le médecin sera toujours prêt à donner des conseils utiles sur des points qu'il connaît. Il ne faut pas croire pour cela qu'ils seront toujours suivis; bien heureux encore si on ne le traite de « raseur ». Cependant il ne devra pas se rebuter, mais il devra prévenir les échecs, et pour cela sa connaissance de l'esprit des hommes le servira au moins autant que celle de leur corps et de leur tempérament : il devra s'adapter à chacun car, là encore comme partout, la faculté d'adaptation reste, avec le tact, la qualité primordiale du praticien. Dans un conseil qu'on donne, même s'il est excellent, il y a un point très important : c'est la façon de donner.

Un autre aspect du rôle du médecin est celui que nous pourrons voir dans les pays d'industrie. En effet s'il exerce dans un de ces pays, le praticien aura souvent à soigner des accidentés du travail. Je

ne veux pas m'occuper ici de la loi qui régit les accidents du travail. Comme toute loi elle a ses imperfections. Peut-être ne garantit-elle pas autant qu'elle en a l'air le libre choix du médecin ! Mais enfin, elle est susceptible d'être réformée, et, telle qu'elle est, elle a certainement rendu déjà de grands services. Ce n'est pas de ceci qu'il s'agit. Donnant ses soins aux accidentés et reconstituant par l'interrogatoire les conditions dans lesquelles l'accident se produit, le médecin pourra parfois remarquer la fréquence de certaines lésions, et trouver toujours les mêmes causes produisant les mêmes effets. De là à chercher un remède à la cause même il n'y a qu'un pas, et ce pas le praticien devra le franchir, si c'est possible. Mais ce n'est pas lui qui peut, seul, remédier à des conditions de travail qui peuvent lui paraître défectueuses. D'autres savent, beaucoup mieux que lui, si ces conditions peuvent, ou non, être modifiées : les chefs d'industrie; les contre-maîtres, les ouvriers mêmes. C'est auprès d'eux que le médecin devra se renseigner, en sauvegardant bien entendu le secret professionnel dans toute son intégrité, et en s'efforçant de ménager les diverses susceptibilités. C'est à eux qu'il devra signaler les observations que sa pratique lui aura permis de faire, et c'est d'eux qu'il devra s'informer s'il n'y a pas de remèdes à apporter aux causes des accidents les plus fréquents ou les plus graves. Si cela peut se faire, chacun y trouvera son compte, même le médecin qui pécuniairement y perdra sans doute mais pour qui ce désavantage sera compensé par une satisfac-

tion intime et, quelquefois, par le gré qu'on lui saura.

Puisque je suis dans le domaine de l'industrie, j'envisagerai un peu un problème qui, depuis la guerre surtout, a pris une importance exceptionnelle : le travail de la femme à l'atelier. A vrai dire c'est une question qui paraît intéresser surtout les maris, les chefs d'industrie, les économistes. Et pourtant elle intéresse bien aussi les médecins. Il ne peut guère être question aujourd'hui de récriminer contre le fait même : c'est un fait accompli et qui paraît s'ancrer de plus en plus dans la vie moderne. Est-ce un bien ? Est-ce un mal ? Est-ce vraiment un progrès ? Nous n'avons pas à discuter cela. Mais au point de vue médical pur, au point de vue hygiénique, il semble que ce fait ait de fâcheuses conséquences. En effet la jeune fille travaillant dans des bureaux, dans des ateliers se trouve dans des conditions hygiéniques souvent défectueuses, et dans des conditions morales qui ne valent guère mieux : la femme mariée, elle, néglige son foyer, ses enfants. L'habitude de nourrir au sein qui se maintenait dans la classe ouvrière, y diminue par suite du travail de la femme au dehors. La négligence forcée du foyer, du ménage, entraîne souvent le mari à déserter son intérieur pour le cabaret. De plus la femme, doublement fatiguée par le travail à l'usine et les soins du ménage, met au monde des enfants qui, déjà faibles, ne bénéficieront pas de l'allaitement maternel. Donc comme résultats : mortalité infantile plus grande, enfants vivants plus chétifs, alcoolisme plus développé. Mais l'évolution est faite : il est peu probable qu'on en revienne aux

anciennes habitudes. Il faut donc en prendre son parti et tâcher d'atténuer autant que faire se pourra, les mauvaises conséquences de la situation économique actuelle. Pour cela il faudra faire comprendre aux femmes les avantages de l'allaitement maternel pour l'enfant, s'efforcer d'obtenir des pouvoirs publics une protection efficace des femmes enceintes et des nouveaux-nés, et des industriels et commerçants qu'ils accordent aux mères des facilités pour nourrir. Il y a là encore un champ d'action pour le praticien, même en province où pourtant, semble-t-il, les dangers que crée cette situation sont moins grands qu'à Paris.

Je ne voudrais pas terminer cette thèse sans parler de la question des assurances sociales, si importante au point de vue social pour la collectivité et, en outre, au point de vue professionnel pour les médecins. Depuis que le projet de loi a été déposé sur le bureau de la Chambre des députés, cette question fut l'objet de l'attention des médecins; mais au début on remarquait un certain flottement dans les idées des médecins, mal renseignés sur le fond et les détails du problème. Maintenant, toutes les assemblées médicales, toutes les publications professionnelles ont donné des études documentées sur les bases philosophiques de cette institution, sur le projet français rapporté et un peu modifié par le Dr Grinda et voté par la Chambre à la fin de la précédente législature. On a comparé aussi les systèmes fonctionnant dans les autres pays, en particulier en Allemagne et en Angleterre, et on a montré leurs incon-

vénients. Ainsi les médecins ont pu se faire une opinion et se prononcer en toute connaissance de cause. Or, des discussions au sein des assemblée médicales, des syndicats, des rapports parus dans les divers journaux de médecine, il semble résulter que la majorité du corps médical n'est pas satisfaite de la loi votée par la Chambre. Et cela se conçoit. On a bien réussi à supprimer le principe de la rémunération forfaitaire (qui était une chose immorale et constituait une prime à la malhonnêteté); mais il n'en subsiste pas moins un danger qui se révéla en Allemagne et qui, actuellement encore, semble pressant en Alsace-Lorraine : l'exploitation du médecin par les caisses par un tarif insuffisant; d'où l'obligation de faire de la médecine en série et des consultations « à la grosse » afin de pouvoir vivre. Aussi, pour éviter cet écueil dangereux également pour le malade qui, bien qu'assuré, a droit à la même médecine que les autres, à des examens aussi sérieux et répétés, et à une thérapeutique aussi efficace (même si elle est coûteuse), pour éviter cet écueil, dis-je, il est désirable que tous les médecins s'unissent et s'entendent pour proposer et faire accepter leurs revendications. Ces revendications, elles, me paraissent pouvoir se résumer en celles que F. Jayle donnait en conclusion à ses articles de la *Presse Médicale*; elles sont au nombre de trois principales :

1° La liberté absolue du choix du médecin par le malade, sans restriction aucune, sauf celle de malhonnêteté évidente.

2° Le respect du secret professionnel que nous

devons défendre contre toutes les atteintes que lui porte la conception étatiste d'une médecine fonctionnarisée.

3° L'entente directe du malade et du médecin, autant que possible sans intervention d'un « Tiers-payant », et avec l'existence d'un ticket modérateur suffisant pour servir vraiment à modérer et pour soulager l'effort fiscal collectif.

En somme le médecin n'a pas, du moins en tant que médecin, à envisager la question des Assurances sociales du point de vue dictrinal, mais il a des intérêts moraux et matériels à défendre; et il ne faut pas que cette loi dont les conséquences imprévisibles peuvent être aussi bien déplorables qu'excellentes pour la société, il ne faut pas, dis-je, que cette loi soit faite en dehors des médecins et à leurs dépens, ni qu'elle ait pour résultat d'abaisser le niveau scientifique et l'étiage moral de la profession médicale.

CONCLUSIONS

I. — La pratique médicale urbaine est très différente de la théorie qu'on nous enseigne à la Faculté, et de la pratique hospitalière.

II. — La pratique médicale demande au moins autant de tact, de psychologie, et d'esprit d'observation que de connaissances scientifiques.

III. — Le médecin praticien a un rôle à jouer dans la famille et ses conseils seront souvent judicieux sur bien des sujets.

IV. — Le médecin a une fonction importante à remplir dans la société, entre autres en face des grands fléaux de l'humanité : syphilis, tuberculose, cancer.

V. — Le médecin doit s'efforcer de répandre partout les notions d'hygiène susceptibles de sauvegarder la santé privée et publique, et de faire admettre la conception d'une médecine préventive.

VI. — Le praticien a souvent son mot à dire dans de multiples circonstances : par exemple dans l'industrie, à propos de la genèse des accidents du travail et des moyens propres à les empêcher, à propos encore de la question du travail de la femme.

VII. — En présence de l'évolution actuelle vers

une médecine sociale et en particulier de la question des Assurances sociales, le corps médical doit sauvegarder l'intégrité morale de la profession, et, en ce siècle d'égoïsme féroce et de vie chère, veiller à ses intérêts.

Vu : le Président de la thèse
BALTHAZARD

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE

6925. — Imprimerie F. Tassel, 44, rue Monge, Paris. — 12-25